

**Ce rapport est présenté tel qu'il a été reçu par le CRDI du (des) bénéficiaire(s) de la subvention accordée pour le projet. Il n'a pas fait l'objet d'un examen par les pairs ni d'autres formes de révision.**

**Le présent document est utilisé avec la permission de J.P. Olivier de Sardan, V. Ridde, A. Ousseini, A. Diarra.**

**© 2010, J.P. Olivier de Sardan, V. Ridde, A. Ousseini, A. Diarra.**



## LASDEL

Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local

BP 12 901, Niamey, Niger – tél. (227) 20 72 37 80

BP 1 383, Parakou, Bénin – tél. (229) 23 10 10 50

# Pour une réflexion sur la gratuité des soins au Niger

J.P. Olivier de Sardan

V. Ridde

A. Diarra

A. Ousseini

Cette note souhaite contribuer à une réflexion collective des acteurs concernés par le système de santé nigérien en général, et la gratuité des soins au Niger en particulier, à partir des premiers résultats de la recherche menée par le LASDEL sur ce thème<sup>1</sup>. Les enquêtes ont fait apparaître divers goulots d'étranglement dans la mise en oeuvre de la politique d'exemption de paiement pour les enfants de moins de 5 ans et les césariennes.

## 1. Pourquoi l'exemption de paiement ?

Les politiques d'exemption de paiement (dite « de gratuité des soins »<sup>2</sup>), qui ont été préconisées par de nombreux experts et ONG internationales depuis une dizaine d'années, et ont été reprises à leur compte par d'importantes institutions d'aide au développement (Banque mondiale, DFID, etc.<sup>3</sup>), reposent sur le constat d'un échec du recouvrement des coûts (Initiative de Bamako) en ce qui concerne la prise en charge des patients démunis, du fait de l'absence de mesures d'aides ou d'accès gratuit en leur faveur<sup>4</sup>.

A priori, afin d'y remédier et de permettre un meilleur accès aux soins pour ces populations, trois solutions principales sont envisageables, et ont été largement débattues, à propos des aspects sociaux des politiques publiques<sup>5</sup>: (a) des politiques de gratuité individuelle ciblée en direction des familles les plus pauvres (cf. « indigents »)<sup>6</sup>; (b) des politiques de gratuité collective ciblée sur l'âge

<sup>1</sup> Le programme de recherche « L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest » porte sur les politiques nationales relatives à l'exemption de paiement pour les enfants de moins de 5 ans, les césariennes, les consultations pré-natales, et le VIH-SIDA. Co-dirigé par JP. Olivier de Sardan (LASDEL, Niger) et V. Ridde (Université de Montréal et IRSS-CNRST, Burkina Faso), et co-financé par l'AFD (France) et le CRDI (Canada), il se déroule sur 3 ans au Burkina Faso, au Mali et au Niger. Les enquêtes ont été menées au Niger depuis mai 2009 sous la responsabilité d'Aïssa Diarra, et la plupart des données ont été recueillies par Abdoulaye Ousseini, doctorant du programme. Cette note s'appuie sur des enquêtes en cours, et ne doit donc pas être considérée comme un rapport de recherche : il s'agit simplement d'alimenter un débat à partir de premiers résultats, partiels et provisoires.

<sup>2</sup> Il s'agit évidemment d'une commodité de langage : la gratuité des soins au point de service implique nécessairement des modalités de financement de ces soins.

<sup>3</sup> Cf. l'engagement des agences des Nations Unies dans le document « The Global Campaign for the Health Millenium Development Goals. Leading by Example – Protecting the most vulnerable during the economic crisis » (2009).

<sup>4</sup> Cf. Ridde, 2007 Équité et mise en oeuvre des politiques de santé au Burkina Faso, Paris: L'Harmattan.

<sup>5</sup> Il y a bien sûr d'autres modalités de financement des soins et de suppression des barrières financières, mais leur complexité ou leur coût (cf. sécurité sociale ou couverture universelle) semblent rendre difficile leur inscription immédiate sur l'agenda au Niger.

<sup>6</sup> Cf. au Burkina Faso: Ridde, V., Yaogo, M., Kafando, Y., Sanfo, O., Coulibaly, N., Nitiema, P. A., et al., 2010 "A community-based targeting approach to exempt the worst-off from user fees in Burkina Faso". Journal of Epidemiology and Community Health, 64, 10-15. Pour le Niger, des décrets de 1961 et 1964 stipulaient la prise en charge gratuite des indigents, mais sans autre précision. De fait, les travailleurs sociaux, qui sont chargés de déterminer qui peut avoir le statut d'indigent, n'ont pas les moyens de procéder à des enquêtes sociales ou des visites à domicile.

et le sexe (femmes et enfants étant alors prioritaires en tant que catégories vulnérables)<sup>7</sup>; (c) des politiques de gratuité sectorielle ciblée sur des pathologies, pour des raisons de santé publique, mais aussi parce que celles-ci frapperaient en particulier des catégories vulnérables (cf. la tuberculose<sup>8</sup>). En fait, ce sont surtout des politiques de gratuité collective ciblée sur l'âge et le sexe (enfants de moins de 5 ans, consultations pré-natales, césariennes, ou accouchements) et des politiques de gratuité sectorielle ciblée sur des pathologies (VIH-SIDA et PTME) qui ont été développées ces dernières années dans divers pays d'Afrique, et en particulier au Niger<sup>9</sup>.

Deux arguments principaux ont été avancés en faveur de la gratuité collective ciblée sur l'âge et le sexe de préférence à la gratuité individuelle ciblée vers les plus pauvres: (a) la difficulté de déterminer des critères de pauvreté donnant accès à la gratuité, et de les faire respecter<sup>10</sup>; (b) la faible proportion du recouvrement des coûts dans le budget global de la santé<sup>11</sup>.

Mais il s'agit de sujets complexes, qui touchent à de nombreuses questions simultanément : celle du financement des systèmes de santé, celles de l'équité dans l'accès aux soins et de l'inégalité devant la maladie, celle des modalités de délivrance des médicaments, et celle de la qualité des soins.



## 2. La décision de l'exemption de paiement

Dans le cas du Niger, une politique de gratuité sectorielle ciblée sur la pathologie VIH-SIDA avait été mise en place dès 2003, d'une part, et, d'autre part, des expérimentations de gratuité collective ciblée sur les enfants de moins de 5 ans avaient été menées dans deux districts depuis 2006 avec l'appui d'une ONG du Nord<sup>12</sup>.

Mais, sans attendre les résultats de ces expériences, le pouvoir politique a décidé subitement, en avril 2006, de passer très rapidement à l'exemption généralisée sur tout le territoire pour les enfants de moins de 5 ans.<sup>13</sup> Pour beaucoup d'observateurs, une telle précipitation s'expliquait mal. Le dispositif choisi, différent de celui du Mali<sup>14</sup>, a été de considérer l'Etat comme tiers-payant se substituant au paiement par les usagers. Autrement dit, les enfants de moins de 5 ans devaient être traités gratuitement, et le tarif forfaitaire correspondant à cette prestation devait être remboursé aux formations sanitaires par l'Etat

<sup>7</sup> Cf. les ODM n°4,5 et 6.

<sup>8</sup> Depuis longtemps, la tuberculose est l'objet d'une politique de gratuité

<sup>9</sup> Les pays d'Afrique australe ou de l'Est, pour des raisons souvent historiques, mais aussi du fait de l'absence d'un système de recouvrement des coûts du type « Initiative de Bamako », ont souvent opté pour des politiques de gratuité plus larges que ces seules catégories.

<sup>10</sup> Ceci avait été prévu dans les systèmes de recouvrement des coûts mais jamais organisé.

<sup>11</sup> Le recouvrement des coûts au Niger ne représenterait que 4% du financement de la santé publique selon une étude de Bitran, R., & Munoz, R. (2005). Mais il faut noter que cette faible proportion correspond à un domaine stratégique pour le fonctionnement du système, à savoir les achats de médicaments par les formations sanitaires. On en verra les conséquences plus loin.

<sup>12</sup> Il s'agit de Help, sur financement de l'Union européenne; cf. Ridde, V., & Diarra, A. 2009 « A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa) ». BMC Health Services Research, 9 (89). Médecins du Monde a par la suite appuyé dans deux autres districts la gratuité qui venait d'être décidée par l'Etat, également sur financement de l'Union européenne.

<sup>13</sup> Plusieurs mesures d'exemption de paiement ont en fait été prises, plus ou moins échelonnées dans le temps, concernant également les consultations pré-natales et la césarienne, et même les cancers gynécologiques, dont la priorité en termes de santé publique au Niger est discutable. Mais c'est l'exemption pour les enfants de moins de 5 ans qui a eu les plus grosses conséquences sur le fonctionnement général du système de santé et sur les formations sanitaires de premier niveau (CS). Le LASDEL doit analyser prochainement l'impact de la gratuité des césariennes au niveau des hôpitaux de district, régionaux ou nationaux.

<sup>14</sup> Au Mali, il a été décidé de fournir gratuitement aux formations sanitaires des médicaments anti-paludéens ou des kits césariennes, et non de mettre sur pied un dispositif de remboursement.

Cette mesure a été en outre prise sans tenir compte de deux éléments qu'on pourrait considérer comme indispensables pour tout changement de politique publique de santé de cette ampleur :

- Aucun budget n'était prévu pour financer cette mesure ; or, le coût de ces remboursements par l'Etat représente près de 7 milliards FCFA par an
- Ni les personnels de santé ni les COGES (représentants des populations gérant au niveau des formations sanitaires les fonds générés par le recouvrement des coûts) n'ont été associés à ce changement de politique

### 3. La mise en place de l'exemption de paiement

Le dispositif n'a pu fonctionner que grâce à une intervention d'urgence de l'AFD (Agence française de développement), mise devant le fait accompli, qui a utilisé à cet effet un reliquat d'aide budgétaire disponible.

Une « cellule gratuité » a été constituée au Ministère de la santé pour piloter et gérer le dispositif, mais elle a été dotée de moyens de personnels et de fonctionnement dérisoires.

Les fiches à remplir par les formations sanitaires ont été simplifiées, mais un circuit particulièrement complexe de remboursement des factures envoyées par les formations sanitaires a été mis en place, impliquant un surcroît de tâches administratives et comptables pour les formations sanitaires (auxquelles elles n'étaient pas préparées), des procédures multiples de vérification au niveau de la cellule gratuité, du Ministère de la santé, du Ministère des finances et du Trésor (avec un circuit particulier pour les fonds gérés par l'AFD), de nombreuses factures non conformes ré-expédiées aux formations sanitaires, et un délai important entre les prestations effectuées et les remboursements effectifs (entre un an et deux ans en moyenne !), ayant des conséquences dramatiques pour les formations sanitaires.



### 4. Les conséquences

**1.** Le nouveau dispositif a privé d'un coup les formations sanitaires de premier niveau (CSI)<sup>15</sup> d'une partie importante de leurs ressources : les consultations pour les enfants de moins de 5 ans représentaient en 2007 60% du total des consultations à l'échelle nationale<sup>16</sup>.

**2.** Certes, ces ressources devaient théoriquement être recouvrées de façon différée auprès de l'Etat. Mais, d'une part, les remboursements arrivent très en retard (lorsqu'ils arrivent), et, d'autre part, le montant du forfait remboursé n'a pas été actualisé et repose sur des estimations anciennes (une dizaine d'années). Dans l'attente des remboursements qui ne venaient pas, il fallait bien continuer à acheter des médicaments et à assurer le fonctionnement du CSI. Dans un premier temps, les COGES ont utilisé à cette fin leurs réserves, souvent importantes (plusieurs millions FCFA

<sup>15</sup> CSI : centre de santé intégrée (anciennement dispensaires) ; les prestations y sont effectuées par des infirmiers, et parfois des sages-femmes.

<sup>16</sup> Pour un enfant de moins de 5 ans, le forfait dans les CSI et cases de santé, qui comprend la consultation et les médicaments pour une semaine, varie selon les cas entre 250 et 500 FCFA.

par formation sanitaire, et parfois des dizaines de millions FCFA). Autrement dit, c'est l'argent des usagers qui a de fait financé pendant un temps la gratuité des soins. Le remboursement ne venant toujours pas, les COGES ont diminué les achats de médicaments, abandonnant les plus coûteux (sirops pédiatriques, amoxicilline, etc...) et négligeant la maintenance ou l'entretien en partie ou en totalité.

**3.** La gratuité a incontestablement augmenté significativement la fréquentation des formations sanitaires par les mères et leurs jeunes enfants. Dans le district de Keïta, une étude statistique a montré un doublement du nombre de consultations des enfants de moins de 5 ans juste après le début de la gratuité<sup>17</sup>.

**4.** Mais les usagers ont vite constaté une baisse dans la quantité et la qualité des médicaments délivrés, ainsi qu'une délivrance fréquente de doubles ordonnances : l'une, avec quelques médicaments élémentaires gratuits pour le gestionnaire du CSI (paracétamol, cotrim), l'autre, avec des médicaments mieux adaptés mais plus chers, à acheter dans une pharmacie (le coût des soins devenant alors très élevé).

**5.** La situation ne semble pas devoir s'améliorer car, d'une part, les sommes inscrites au budget de l'Etat pour 2010 sont notoirement insuffisantes pour assurer le remboursement des factures des centres de santé, et, d'autre part, une circulaire du Ministère de la santé prévoit que les formations sanitaires doivent évaluer la valeur des dons en médicaments et matériels qu'elles ont reçues d'organisations internationales, agences de développement ou ONG, afin que ces sommes soient déduites des remboursements, ce qui va encore diminuer les fonds dont les formations sanitaires disposeront pour faire fonctionner la structure et acheter des médicaments.

Rappelons ici que la présente note prend seulement en compte les problèmes au niveau des CSI, dans la mesure où les enquêtes du LASDEL sur les maternités pratiquant les césariennes, où la gratuité semble aussi connaître des goulots d'étranglement importants et avoir asséché les trésoreries, n'ont pas encore vraiment commencé.

## 5. Conclusion

Les personnels de santé font preuve d'une très grande inquiétude face à ces problèmes de remboursement, qui, s'ils se prolongent, comme on peut le craindre, risquent de mettre à mal l'ensemble du système de santé nigérien.

Le principe même de la gratuité collective ciblée sur les femmes et les enfants semble moins critiqué que les modalités du dispositif mis en place, quelle que soit la bonne volonté des agents de la cellule gratuité et de la hiérarchie sanitaire (directions régionales et équipes cadre de district). Ce dispositif suppose en effet que trois conditions soient réunies en termes de gestion pour éviter les actuels goulots d'étranglement<sup>18</sup> :

- une juste estimation des coûts engendrés par la gratuité pour les formations sanitaires, qui doivent être intégralement remboursés

<sup>17</sup> Voir le rapport de Ridde, Diarra, Heinmüller et Mahaman (2009). Les enquêtes quantitatives qui sont prévues fourniront sur ce point, comme sur d'autres, des données indispensables, notamment sur le maintien ou non de cette tendance à long terme, et une fois les remboursements survenus. Le programme de recherche combine en effet approches qualitatives et quantitatives.

<sup>18</sup> Il s'agit de conditions générales ; une amélioration nécessaire de la qualité des soins délivrés dans les CSI pour les enfants de moins de 5 ans pose de nombreux autres problèmes (cf. par exemple les problèmes d'évacuation).

- un budget régulièrement et intégralement abondé pour procéder à ces remboursements
- des remboursements rapides

Or, aucune de ces conditions n'est actuellement réunie, dans un contexte où les capacités de l'Etat nigérien à tenir ses engagements sont largement mises en doute, l'expérience aidant, tant par les personnels de santé que par les usagers.

Ce dispositif était étroitement dépendant de la politique du régime précédent, et a été présenté comme une initiative personnelle du Président Tandja. Mais aujourd'hui un débat peut s'ouvrir dans des conditions plus sereines, tant au niveau des choix stratégiques qu'au niveau de l'efficacité et de la fiabilité des dispositifs retenus. On peut entre autres réfléchir sur la base des cinq *scenarii* suivants:

- (a)** le maintien tel quel du dispositif actuel (qui semble inquiétant pour l'avenir)
- (b)** des améliorations significatives de ce dispositif (répondant enfin aux trois conditions ci-dessus)
- (c)** la mise en place d'un autre dispositif, visant toujours à assurer la gratuité pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, mais selon des procédures différentes (cf. Mali)
- (d)** l'abandon de la politique de gratuité collective ciblée sur les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et un basculement vers une gratuité individuelle ciblée sur les plus démunis (ce qui impliquerait un dispositif entièrement nouveau à mettre en place)
- (e)** l'abandon de la politique de gratuité collective ciblée sur les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et le retour au recouvrement des coûts tel qu'il fonctionnait auparavant (mais cela signifierait un renoncement à faciliter l'accès aux soins aux plus démunis)

Les *scenarii* (a) et (e) semblant à exclure, le choix porterait alors sur les *scenarii* (b), (c), et (d).

Par ailleurs, et quel que soit le scénario envisagé, la piste du développement des mutuelles de santé et de systèmes d'assurance sociale ne saurait être négligée.

Dans tous les cas, une réflexion collective entre décideurs, professionnels de santé publique, cliniciens, socio-anthropologues et économistes de la santé, et usagers serait souhaitable. Elle devrait inclure en particulier une analyse des résultats des expériences menées au Niger ou en Afrique tant sur le plan de gratuité collective ciblée sur les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes que sur le plan de la gratuité individuelle ciblée sur les plus pauvres.

